

記入例【医療等の状況（医療機関用）】

- ①病院、診療所又は歯科医院で療養を受けたときに使用します（健康保険の適用のない医療機関では使用できません。）。
- ②この様式は医師証明用紙につき、学校並びに保護者での加筆訂正はできません（公費負担医療制度記入欄除く）。
- ③証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外にも原因が考えられる場合など、傷病名と因果関係が判然としない場合、その因果関係について医師の所見を傷病名欄余白等に記入していただいてください。
- ④保険薬局では使用できません。
- ⑤請求する場合は、療養月ごとに証明していただいてください。
- ⑥総医療費（10割分）を証明していただいてください。

別紙3(1)

医療等の状況			災害報告書の負傷部位と異なっていないか、発生の状況に記載のない傷病名が含まれていないか確認してください。									
○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。	被災児童生徒等	氏名	(男) 女	昭和 平成	10年 8月 27日生	平成 24年 11月分		療養月の記入漏れがないか確認してください。				
	安全 健二											
	傷病名	(1) 右足関節骨折			災害発生日と日付けが前後していないか確認してください。							
	診療開始日	(1) 平成 24年 11月 9日			診療実日数		転帰					
					5	日	治ゆ	死亡	中止			
	診療求報点酬数	外 来 に 係 る 療 養			入 院 に 係 る 療 養							
		十 万 千 百 十 一	万 千 百 十 一	点	日 数	十 万 千 百 十 一	点					
		3	X	1	6	7	0					
		日 間			日 数	万 千 百 十 一	点					
		3			X	2	3	4	0			
	上記のとおりです。			入院に係る食事療養標準負担額		円						
				日 数	万 千 百 十 一	点						
				3	X	2	3	4	0			
				日 間								
平成 24年 12月 5日	医療機関所在地及び名称			氏名		OO市△◆1-2-3 OO記念外科病院 健康 太郎						
※ 決定	外来に係る療養分		10円×		点× $\frac{4}{10}$ =		円					
	入院に係る療養分		10円×		点× $\frac{4}{10}$ =		円					
	入院に係る食事療養標準負担額											
	合 計											

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
 2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
 3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
 4 ※印は、記入しないこと。
 5 この医療等の状況の用紙は、日本工業規格A4紙型とすること。

公費負担医療制度を利用していている場合は、保護者に記入していただきたいです。保護者が記入できない場合は、学校・設置者で記入してください（医療機関でご協力いただける場合は、医療機関で記入していただいてもかまいません。）。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください（*該当する項目に○をつけてください。）。		
記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者 学校(園) 設置者 医療機関	利用している制度がない 場合はその他に記入	その他
自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)		

公費負担医療制度記入欄の場合別記入例【医療等の状況（医療機関用）】

①医療機関で診療を受け、記入者が「保護者」、公費負担医療制度は「子ども医療費助成制度」を利用し、自己負担額がない場合。

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・ <u>子ども医療助成</u> 障害者総合支援法 〔利用している制度がない 場合はその他に記入〕	その他〔 〕
設置者 医療機関	自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	0 円	

※この場合、医療費総額の1割を給付します。

②医療機関で診療を受け、記入者が「学校」、公費負担医療制度は「乳幼児医療費助成制度」を利用して、自己負担額が500円だった場合。

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法 〔利用している制度がない 場合はその他に記入〕	その他〔 〕
設置者 医療機関	自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	500 円	

※当該用紙の証明欄にて自己負担額を記入してください。

※この場合、医療費総額の1割+500円を給付します。